

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N°

379

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

PAR

Eléonore DORÉ

Née le 10 Août 1901 à BUCAREST (Roumanie)

Les Manifestations Non-Œdémateuses
de l'Urticaire-Maladie

Les Formes Pruritiques pures

Les Formes Erythémateuses pures

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59, Boulevard Saint-Michel

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N° =

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

PAR

Eléonore DORÉ

Née le 10 Août 1901 à BUCAREST (Roumanie)

Les Manifestations Non-Œdémateuses
de l'Urticaire-Maladie

Les Formes Pruritiques pures

Les Formes Erythémateuses pures

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel

1936

LE DOYEN ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique prophécutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ...	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON	Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.

AU DOCTEUR OSCAR RICHTER

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de la Clinique des
Maladies Cutanées et Syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur*

*à qui nous exprimons notre
très respectueuse reconnais-
sance pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHEVALLIER

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et dont les con-
seils m'ont été très précieux.*

*Je le remercie pour tous les
encouragements et le prie
d'agréer ma respectueuse et
profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR C. DANIEL

Professeur de la Clinique de Gynécologie

Médecin à l'Hôpital Coltea-Bucarest

*dans le service duquel j'étais
externe et qui m'a accordé
toutes facilités de travail, ma
respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR S. JAGNOV

Médecin à l'Hôpital Noua-Maternitate, Bucarest

*Mon premier maître en
médecine.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BUCAREST

L'URTICAIRE-SYMPTÔME ET L'URTICAIRE-MALADIE

Le mot urticaire s'applique à un symptôme et à une maladie. A vrai dire, le substantif urticaire se dit presque exclusivement de la maladie spéciale, alors que l'adjectif urticarien, ou ortié, s'accole à des affections très diverses se présentant par un caractère commun particulier.

1° *L'urticaire-symptôme.* — *La particularité qui fait dire qu'un élément pathologique cutané est urticarien ou ortié.*

Dans le tome 1^{er} du Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique, Paul Lefevre et Adolphe Dupont écrivent : « On désigne sous le nom d'élément ortié, une élévation solide, bien circonscrite, de consistance ferme, plus ou moins saillante, habituellement éphémère, d'un blanc porcelaine au centre, non clair au pourtour. Elle doit son nom à ce qu'il est facile d'obtenir une telle plaque par une piqûre d'ortie. Cette lésion élémentaire traduit un processus d'œdème de la peau. C'est au palper

qu'on confirmera l'impression en saillie, en général appréciable à l'œil... Parfois la saillie n'est pas évidente, on croit à un simple érythème, le palper indique qu'il existe un léger relief, une consistance ferme, mais réductible, assez particulière... Cliniquement, la plaque ortiée se situe à mi-chemin de l'érythème et de la papule. Entre les diverses lésions, il existe des faits de passage d'où la désignation d'érythème ortié, qui s'applique à des plaques ortiées peu saillantes « et rouges ». Le prurit est habituel mais non constant. Il manque, par exemple, dans le dermatographisme (*Urticaria factitia*), dans la roséole syphilitique ortiée, etc.

« L'étude microscopique d'un placard urticarien ne révèle guère qu'une infiltration plus ou moins importante et une dissociation du tissu conjonctif, en particulier, du corps papillaire, par du liquide d'œdème. Les faisceaux conjonctifs paraissent gonflés et se colorent moins bien que de coutume, les espaces qui les séparent sont élargis, des amas discrets de cellules inflammatoires peuvent apparaître çà et là. »

En résumé, est urticarien (ou ortié), tout élément cutané dont la saillie est exclusivement, ou surtout due à un simple œdème intradermique.

2° *L'urticaire-maladie.* — A. *L'urticaire-maladie est une affection spéciale caractérisée essentiellement par une fluxion œdémateuse du type ortié.*

Au tome II du Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique, R. I. Weissenbach et G. Basch écrivent : « Les urticaires sont des éruptions caractérisées par des éléments auxquels on donne suivant les dimensions, le

nom soit d'élevures ou de papules, soit de plaques urticariennes ou ortiées — du fait de leur ressemblance avec la lésion produite par des piqûres d'orties ».

Les auteurs décrivent une forme commune et une forme œdémateuse ou maladie de Quincke. Comme le dit M. Paul Chevallier dans un mémoire récent, *ces deux formes ne sont que des expressions cliniques d'une même maladie*, expressions commandées par le siège de l'élément spécial.

Dans le derme à texture solide se fait l'urticaire banale, éruption de « plaques surélevées à contours irréguliers, variables en étendue... rosées ou rouges, souvent décolorées, d'un blanc porcelané, un peu déprimées au centre ». (P. Merklen). « L'élément éruptif est une efflorescence saillante, bien circonscrite, de coloration rose clair, ou d'un blanc opalin, avec une aréole rose, de configuration arrondie, ou ovalaire, ou polycyclique, de consistance ferme. Les dimensions, habituellement nummulaires, variant de l'étendue d'une lentille à celle d'une nappe plus ou moins large ». (Darier).

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, lâche, facilement infiltrable et extensible, la fluxion œdémateuse paroxysmique « donne naissance à des tuméfactions considérables soudaines et transitoires » qui sont de couleur blanche, rosée, rarement rouge-sang, souvent « porcellaniques au centre et roses à la périphérie », elles sont généralement assez bien limitées et donnent à la palpation une sensation de tension plus ou moins forte.

C'est l'urticaire œdémateuse de Hardy, l'œdème aigu angionévrotique, *l'urticaire géante*, la maladie de Quin-

cke. « Il y a la même différence entre l'urticaire banale et l'œdème de Quincke qu'entre le purpura rouge dermique et l'ecchymose hypodermique ».

Le plus souvent, les éléments de l'un et l'autre type sont purs. C'est pour cette raison que l'on décrit à part l'urticaire banale d'une part, et d'autre part la maladie de Quincke.

Cependant les deux syndromes peuvent s'associer et il existe entre eux toutes les transitions. Ces associations et ces transitions sont très variées d'aspect. On peut citer quelques types principaux : « En une même région on voit parfois une urticaire géante (primitivement sous-cutanée) surmontée de figures d'urticaire banale (primitivement dermiques). On peut aussi voir une urticaire banale se prolonger dans l'hypoderme par un large œdème qui est assez mou, et qui, élastique, ne garde pas l'empreinte du doigt.

Au cours d'une même crise, l'urticaire la plus banale, s'accompagne souvent, dans les régions où la peau est fine et où le tissu cellulaire lâche est abondant, comme les paupières, de tuméfactions importantes, en général moins bien limitées, moins tendues que l'œdème de Quincke typique, mais qui cependant se relie manifestement à ce syndrome.

« Chez un sujet voué à l'urticaire, l'éruption peut, au cours de l'évolution, rester pure ou non. Dans certains cas, les deux localisations, urticaire banale et œdème de Quincke, s'intriquent, se juxtaposent et se succèdent de façon indescriptible. Lorsqu'on suit de longues années un urticarien chronique, il arrive parfois, qu'on voie

l'urticaire banale faire place à un œdème géant. »

Pendant longtemps, on a considéré l'urticaire-maladie comme une maladie de la peau : on ne tenait guère compte que de manifestations cutanées, dermiques ou hypodermiques. Cependant, on rattachait encore à la même affection les œdèmes concomittants, et de même allure, des muqueuses accessibles à la vue : bouche, larynx, etc. Peu à peu on est arrivé à penser que certaines manifestations internes, subites dans leur apparition et leur sédation, devraient être chez les urticariens, des accidents viscéraux de la maladie. Ainsi furent décrits des « équivalents » de l'urticaire. Les travaux modernes ont démontré que ces équivalents étaient dûs à des fluxions urticariennes des viscères. La preuve en a été pour l'œil (examen ophtalmoscopique) et pour l'estomac (examen gastroscopique, Paul Chevallier et Fr. Moutier). Les accidents urticariens internes coïncident généralement avec des éruptions tégumentaires; mais ils peuvent aussi être isolés : ce sont les formes viscérales pures de l'urticaire.

B. — *L'urticaire n'est pas caractérisée seulement par la fluxion œdémateuse, mais encore par de l'érythème et du prurit. Il n'y a pas de parallélisme entre la fluxion œdémateuse et les autres symptômes.*

Si l'on s'en tient aux manifestations externes, c'est-à-dire visibles, et plus spécialement aux manifestations cutanées, on peut distinguer des formes complètes et des formes incomplètes. Complète — l'urticaire est caractérisée — non seulement par la fluxion œdémateuse, qui fait le gonflement incolore, mais encore par la conges-

tion sanguine, qui fait l'érythème, et l'irritation nerveuse qui donne le prurit. Erythème et prurit sont plus ou moins marqués. Même ils peuvent manquer : l'urticaire est alors symptomatiquement incomplète.

L'érythème est généralement modéré; en règle, il manque au centre de l'élément, où le flux séreux est interne; souvent il ne forme qu'un halo autour du gonflement. Si l'on regarde évoluer une urticaire banale, on voit souvent, même en l'absence de tout grattage, se succéder les phases suivantes : soulèvement blanc; apparition d'un halo rouge périphérique; enfin coloration rose puis rouge de toute la plaque ortiée. Les cas où la rougeur est vive d'emblée sont rares. Le prurit est d'intensité très variable. Assurément les différences individuelles de la sensibilité générale jouent un rôle. Mais l'importance de ce facteur nous paraît avoir fait négliger celle du facteur local, qui est certainement capital. Le prurit peut être léger et même manquer complètement. Le fait est rare au début d'une poussée éruptive, mais commun vers la fin. Il nous est arrivé plusieurs fois de voir des malades qui disaient : « Malheureusement je ne puis montrer l'éruption; elle est finie depuis une heure ». Or, les vêtements enlevés, on voyait sur les cuisses ou le tronc des éléments tout à fait typiques.

C. — *La maladie-urticaire ne s'accompagne pas nécessairement de la fluxion ortiée.*

Dans tout ce qui précède, nous nous sommes placés dans l'hypothèse que la maladie-urticaire se manifeste, de façon obligatoire, par des éruptions du type ortié.

C'est la thèse que soutiennent encore la plupart des dermatologistes.

A priori, cette thèse est en contradiction avec toute l'évolution de la médecine. Depuis longtemps nous savons que, si caractéristique et si habituelle que soit une éruption — comme d'ailleurs tout autre phénomène morbide —, elle n'est indispensable qu'au diagnostic du syndrome : la Maladie est quelque chose de plus élevé et de plus général dont la traduction clinique n'est pas univoque... Il serait facile de prendre des exemples dans tous les chapitres de la pathologie. Contentons-nous de rappeler les classiques : *Morbili sine morbilis*, la Rougeole sans rougeole.

Le nom du symptôme habituel est passé à la maladie elle-même, mais celle-ci déborde ce symptôme. L'urticaire n'échappe pas à la loi générale. Tout en insistant sur ce fait que l'éruption ortiée représente la manifestation de beaucoup la plus fréquente et la plus typique de la maladie-urticaire, il importe de donner à cette maladie toute l'extension qu'elle a réellement.

Les travaux de Joltrain, ceux de Pasteur-Vallery-Radot et de son école suggèrent que l'urticaire — non pas le syndrome urticarien, mais la maladie spéciale, ou les maladies spéciales qui portent ce nom — peuvent ne se traduire que par des perturbations humorales.

Si l'on ne considère que les manifestations cutanées, il apparaît que la fluxion œdémateuse n'est pas absolument constante.

Dans son article de 1928 sur « les formes atypes des dermatoses », M. Gougerot écrit : « Il est ainsi de beau-

coup d'autres dermatoses : ...Urticaire allant du prurit sans érythème à l'œdème intense sous-cutané sans érythème, en passant par l'érythème sans papule œdémateuse dermique ».

Dans le Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique, MM. R. I. Weissenbach et S. Basch écrivent : « les urticaires s'apparentent à toute une série d'affections qui en sont de véritables équivalents... et, dans le cadre de la dermatologie, certains prurits, certains eczémas, certains érythèmes ». L'adsorption par l'urticaire de certains eczémas est peut-être trop hardie; celle de certains prurits paraît indiscutable.

M. Paul Chevallier a repris récemment cette question dans un mémoire qui a pour titre « L'urticaire-maladie sans urticaire-symptôme ».

II

LES FORMES CUTANÉES SANS FLUXION ŒDÉMATEUSE DE L'URTICAIRE-MALADIE

M. Paul Chevallier prend les trois symptômes fondamentaux de l'urticaire : l'œdème, l'érythème, et le prurit, et schématise ainsi les formes cliniques cutanées de la maladie :

œdème	érythème	prurit	
+	+	+	forme habituelle typique.
+	+	—	variantes
+	—	+	de la forme
+	—	—	classique
—	+	+	érythème prurigineux.
—	+	—	érythème isolé.
—	—	+	prurit pur.

Ce sont les 3 derniers syndromes qui nous intéressent ici.

Ils peuvent n'être qu'une phase dans l'évolution de l'urticaire typique : c'est d'ailleurs le cas le plus habituel. Mais aussi ils peuvent représenter toute l'éruption urticarienne : forme non ortiée de la maladie-

urticaire. En général, alors, l'éruption non ortiée apparaît comme une manifestation atténuée d'une grande maladie urticarienne typique. Parfois cependant, le patient n'a jamais eu de fluxion ortiée de la peau et la maladie ne se traduit que par des érythèmes ou par des crises de prurit.

III

LES FORMES ERYTHEMATEUSES PURES

Première variété : la phase érythémateuse pure d'une poussée urticarienne typique.

Nous n'insisterons pas sur cet aspect qui est tout à fait classique et bien décrit par tous les auteurs. A la fin d'une poussée urticarienne, il n'est pas exceptionnel que l'œdème soit complètement disparu et que pendant un certain temps, persistent des plaques d'un rose vif. Le médecin qui examine le patient à ce moment pourrait, s'il ignore cette particularité, exclure le diagnostic d'urticaire.

Seconde variété : L'érythème prurigineux constitue toute l'éruption chez un malade présentant à d'autres moments, ou ayant présenté antérieurement, une urticaire typique.

Sans être fréquentes, ces formes érythémateuses ne sont pas exceptionnelles. Au point de vue évolutif, on peut en distinguer deux sous-variétés : dans la première les poussées érythémateuses s'entremêlent de façon irrégulière avec des crises urticariennes typiques, dans la

seconde, les poussées érythémateuses remplacent les poussées urticariennes au cours de la maladie.

La crise est constituée par une éruption de macules ou de plaques rouges qui démangent vivement. C'est en partie (en partie seulement), les urticaires maculeuses et les urticaires congestives des classiques.

Troisième variété : la forme érythémateuse pure sans prurit.

M. Paul Chevallier en a signalé deux cas. Au cours d'une urticaire chronique, ou à sa convalescence, c'est-à-dire au moment où le traitement a fait disparaître les grandes manifestations, se produisent des poussées atténuées, formées de petites macules lenticulaires, parfois aussi de petites papules aplaties, d'un beau rouge et qui ne démangent pas. Cette absence de prurit n'est pas seulement terminale, elle existe dès le début de la poussée et persiste pendant les quelques heures qu'elle dure. En sorte que si, comme il est fréquent, l'éruption toujours discrète et lâche, se fait sur une région couverte, par exemple la ceinture pelvienne, elle reste ignorée du malade; celui-ci ne s'en aperçoit que si la crise survient à l'heure de la toilette ou s'il se déshabille devant le médecin.

A titre d'hypothèse de travail, notre maître, M. Paul Chevallier, se demande si ne rentrent pas dans l'ordre de la maladie-urticaire certains érythèmes très particuliers et très rares qui restent mystérieux. Dans ces dernières années, il a vu quelques cas de ces érythèmes s'accompagner de gastrite atrophique et disparaître par le fer à haute doses. C'est dire que les érythèmes parti-

culiers se sont comportés comme se comportent la plupart des urticaires digestives. Mais on peut objecter que ni la gastrite atrophique, ni les bons effets du traitement ferrugineux s'observent dans quelques affections très différentes de l'urticaire digestive. Quoi qu'il en soit, nous posons le problème.

A. — *La maculose brillante prurigineuse du tronc.*

Sous le nom de maculose brillante prurigineuse du thorax, M. Paul Chevallier a individualisé une affection très rare, essentiellement caractérisée par des taches rouges, brillantes, prurigineuses (mais non extrêmement), un peu irrégulières, d'une grandeur variant d'une petite lentille à un ongle; l'éruption est chronique. dans le cas ci-dessus rapporté, dont la première partie a été publiée en 1934 à la Société de Dermatologie, et dont la seconde partie est inédite, l'éruption disparut par l'ingestion de fer à hautes doses, mais reparut à plusieurs reprises dès que la médication était cessée.

Observation :

Wehring Marie, 40 ans, prostituée, est syphilitique depuis 20 ans; actuellement le Wasserman est négatif depuis de longues années et on ne trouve aucun signe de syphilis. Le 7 novembre 1934, elle vient consulter pour une *éruption thoracique* qui existe depuis 5 mois, est assez prurigineuse et augmente d'intensité au moment des règles. Le prurit augmente après les repas. Cette éruption occupe les épaules et la face antérieure du thorax. Elle est formée de plaques de grandeurs variables d'une petite lentille à un ongle, dont la saillie est presque nulle, la forme est imprécise, vaguement arrondie ou polygonale, les limites irrégulières mais

nettes à une certaine distance de vue. La couleur d'un ton plus ou moins vif, l'infiltration quasi-nulle. Ce qui étonne, c'est que les éléments, qui ne ressemblent en rien à ceux du lichen plan, sont brillants, d'un rose nacré; il n'y a pas trace de squames. La malade ne se herse pas, mais se frotte doucement. Un traitement syphilitique prescrit dans un autre hôpital n'a pas modifié l'éruption.

Etat général excellent, règles normales, etc..., mais *troubles digestifs*. Une heure environ après les repas apparaissent des pesanteurs épigastriques qui durent 2-3 heures, cèdent une 1/2 heure et reprennent une heure. En même temps, céphalées et étourdissements. Pendant la première partie de ce syndrome se font des renvois aigres et la malade a l'impression qu'elle serait soulagée si elle vomissait.

Au début de la maladie, elle vomissait la nuit des aliments parfaitement intacts, après avoir été réveillée vers 3 heures du matin par des aigreurs; depuis qu'elle a supprimé le repas du soir la nuit est tranquille. La viande, les sauces, le pain engendrent des malaises; la malade les a bannis et se nourrit surtout de pâtes et de pommes de terre. Il est à remarquer que les troubles digestifs n'ont précédé que de très peu l'éruption cutanée. Constipation habituelle, combattue par des lavements. *Suc d'histamine* : HCl, 0; acide libre, 0, acide total, 0,8; Chl. total, 2,9 (achlorydrie).

GastroscoPie : gastrite atrophique généralisée; l'antré est aussi lisse que le fundus; pas de réseau vascu-

laire discernable. La couleur de la muqueuse est mi-rose chamois.

Sang : gl. r. — 4.000.000 ; hg. — 80 ; Vgl. — 1 ; aspect normal, reticulocytes — 1 % ; plaquettes — 316.000 ; gl. bl. — 61.200 ; Neutre — 65,5 ; (Arneth 14, 36, 36, 12,0) ; Eosine — 2 ; Lymph. — 14 (8,5 petits) ; Mono — 18,5 (12,5 sans grains azur).

Traitement : protoxalate de fer — 3 gr. par jour. Après 9 jours, diminution du prurit, atténuation des éléments éruptifs dont les contours deviennent plus flous et plus pâles, amélioration nette des troubles digestifs. Le 28 décembre, après un mois et demi de traitement, digestions excellentes. L'éruption est presque disparue ; depuis 15 jours on voit les éléments restants devenir légèrement squameux. Le 8-1-1935, guérison complète.

Le 17 janvier revient l'éruption, les démangeaisons et les troubles digestifs. Deux jours avant ce début le malade avait fait refaire ces cachets de fer dans une autre pharmacie : les selles, au lieu d'être noires, sont devenues blanches et les troubles digestifs ont reparu.

Le 23 janvier, les lésions siègent surtout au milieu du thorax, à sa partie supérieure, entre les seins et le cou, et aussi un peu devant et sur les épaules. Il existe trois éléments aux lésions de grattage. Les autres, au nombre d'une vingtaine, sont grands comme des lentilles ou des pièces de 50 centimes, bien ronds, parfaitement lisses et très brillants. Le malade fait refaire ses cachets dans la première pharmacie. Deux jours après, guérison presque complète de l'éruption. Le 30 janvier 1935, selles noires, aucun trouble digestif ni intestinal ; de l'érup-

tion il ne reste que quelques traces. Depuis cette époque jusqu'en juillet, a essayé 2 fois de supprimer le fer. Deux fois, dans les 15-20 jours, presque tout de suite, l'éruption a reparu avec les mêmes caractères de plaques arrondies, lisses, brillantes, prurigineuses, non eczémateuses. Chaque fois aussi, la reprise du fer a guéri les lésions en peu de temps. En août, nous avons revu deux fois la malade. Depuis 5 mois elle a beaucoup engraisé, sa santé est excellente, la peau est parfaitement normale. Elle prend toujours ses cachets de fer, 3 par jour, un au milieu de chaque repas. En novembre 1935 : état excellent; le traitement est toujours continué. En avril 1936 : toujours état excellent; la malade ne prend plus de fer qu'environ un mois sur deux.

B. — *L'érythème centrifuge multiannulaire.*

L'érythème centrifuge de Darier comprend 2 types, bien individualisés par Touraine et Solente, dans un mémoire récent des Annales de Dermatologie. Le type multiannulaire, très particulier, se rapproche des érythèmes toxiques centrifuges de la « maladie du sérum », mais il est généralement d'une chronicité désespérante.

Dans sa communication au Congrès de Budapest, M. Paul Chevallier a fait allusion au cas que nous rapportons ci-dessous, mais l'observation complète n'a pas encore été publiée.

Observation 1 :

Th. Berthe, 23 ans, 7 juin 1935. Début de la maladie il y a un mois et demi par une petite plaque prurigineu-

se sur le sein droit, plaque qui s'est agrandie et a essaimé d'abord autour d'elle. Aucune piquûre ni cause quelconque. Chaque élément commence par une petite tache rouge et lisse, il s'agrandit, s'arrête (ou grandit très peu) lorsqu'il atteint des dimensions qui varient d'une pièce d'un franc à une pièce de 20 francs; a alors un centre chamois clair et des bords roses. Jamais de squames, prurit au début, puis absence du prurit. Les plaques sont vastes, régulières, en lumière de Wood, centre brun, périphérie congestive plus foncée. Dans les régions où l'éruption devient abondante, confluence de certains grands éléments en des plaques à contours capricieux, géographiques, macropolycycliques. Ces plaques occupent le cou, le tronc avant et en arrière, épargnent relativement la région ant. médiane, le bassin; elles s'arrêtent aux tiers supérieurs des cuisses. Démangeaisons modérées, surtout le soir et la nuit. En somme, érythème centrifuge multiannulaire absolument typique; il n'y a pas trace d'eczématisation ni de parakeratose. Organes normaux. Apyrexie. Pas de syphilis. BW. négatif.

Depuis quelques mois la malade « ne fait que dormir ». Appétit minime; mange peu; c'est la soupe et les légumes qu'elle préfère, la viande digérant lentement. Aucune gêne ni douleur gastrique. A partir du 25-6 la malade prend 3 grammes de fer par jour et remarque une bonne action sur son état général et son appétit.

Suc gastrique d'histamine. I) 11-6-35, sécrétion forte. HCl — 0; ac. libre — 0; ac. tot. — 0,2; Chl. total — 1; II). 26-35 sécrétion forte; HCl — 0; ac. libre — 0; ac

tot. — 0,5; Chl. tot. — 2,5.

GastroscoPie, le 21-6-35 : gastrite atrophique N° 2. Disparition des plis cérébroïdes. Tout le fundus est pâle et lisse. Muqueuse non fragile. Aucun réseau vasculaire visible. Antre préfermé.

Sang. I) 7-6-35 . gl. r. — 4.848.000; hg — 90; vgl — 0,92; aspect normal, reticulocytes — 1 %; plaquettes — 320,000 — normales; gl. bl. — 12.000; Neutres — 59. (Arneth — 8, 41, 51, 0, 0). Assez nombreux polyn, à granul, légèrement « toxiques ». *Eosin* — 2,5; baso — 1,5; lymph — 3 (0,5 petits); mono — 34 (26 sans grains azur). II) 2-7-35 : gl. r. — 4.496.000; hg — 95; vgl. 1,05; aspect normal; reticulocytes — 1 %; plaquettes — 256.000 normales; gl. bl. — 8.000; neutres — 60,5 (Arneth — 2, 25, 68, 5, 0); granules normales; *eosino* — 5,5; lymph. — 10 (9,5 petits); mono — 24 (18 sans grains azur).

L'évolution de la maladie est suivie régulièrement en juin et juillet 1935. Le maximum de l'éruption a été dans la première semaine de juillet, où l'on note que les lésions se sont étendues et qu'en de nombreux points les plaques ont conflué en de vastes nappes, découpées et à bords caractéristiques en segments de circonférence. On a commencé de donner du fer (3 gr. de protoxalate par jour, le 26 juin 1935. Fin juillet, un nouvel examen montre une amélioration très nette : certains éléments sont en régression de façon évidente et l'on n'en découvre pas de récents, le prurit est très atténué. L'éruption s'est atténuée de plus en plus et a disparu vers le 15 septembre. Le 21 novembre 1935, la malade est revue, la

peau est parfaitement normale; elle mange bien (en suivant un régime sans pain) et a bonne mine. Elle prend toujours ses 3 gr. de protoxalate de fer par jour, parce que, nous dit-elle, dès qu'elle arrête les cachets les démangeaisons reprennent.

IV

LES FORMES PRURIGINEUSES PURES

Dans la formule prurigineuse, il n'existe ni fluxion œdémateuse, ni érythème : toute la symptomatologie se réduit à un prurit « sine materia ». Jusqu'à présent, l'attention n'a été attirée que sur les prurits prééruptifs. Le prurit peut, en effet, précéder la cloque urticarienne de quelques minutes à quelques heures. C'est ce fait qui a porté quelques auteurs à soutenir que l'éruption est due au grattage. Les recherches modernes démontrent que certains prurits « sine materia » qui restent « sine materia » pendant tous les paroxysmes et qui se reproduisent sans cesse, sont des équivalents de crises urticaire, de véritables urticaires sans urticaire.

1° *Les formes pruritiques pures de la maladie-urticaire ont le type clinique du « Prurigo bénin capricieux » de P. Chevallier.*

Dans le Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique, M. Paul Chevallier individualise le prurigo capricieux bénin de la forme suivante : « Le prurigo bénin capricieux, que j'isole ici, n'est au premier abord que l'exagération insolente de l'état normal : à de nombreux

ses reprises chaque jour, tout individu éprouvé des sensations prurigineuses légères et très fugaces qui siègent n'importe où, sur la peau nue comme sur la peau couverte, aussi bien que dans certains conduits (nez, oreilles, etc.) ; souvent même les démangeaisons sont si minimes que le patient s'en aperçoit moins que son entourage, qui le voit se gratter quelques instants ; chacun sait combien sont pénibles ces petits jets de prurit, pour peu qu'ils se répètent et que les convenances, une maladie à toute autre circonstance empêche la satisfaction d'un grattage rapide. Cependant aucun insecte, aucune poussière ne donne une explication plausible du phénomène ; il faut admettre une excitation interne. Le café et le thé, en particulier, augmentent la fréquence de la démangeaison et l'impétuosité du reflexe de grattage.

« Chez certains sujets qui sont des nerveux inquiets et impatients, des rhumatisants » vagues (sans arthrites nettes, mais avec « cellulites » et « reflexes amotissulaires » exagérées), des « goutteux », comme dit Brocq, presque toujours, sans accès de goutte, des pré-artérioscléreux (c'est-à-dire des artérioscléreux précoces méconnus), des dyspeptiques, des idiosyncrasiques ou sensibilisés, facilement intoxiqués, — chez ces sujets la multiplicité et la force des explosions pruritiques de tous sièges, crée une véritable maladie dont le caractère pénible est attesté par les intéressants reflexes de grattage. Jacquet, qui en était atteint, n'admettait pas qu'il s'agit d'un état anormal, mais il en a laissé une autre observation saisissante.

Le prurit est le symptôme capital : il épure, c'est-à-dire qu'il n'est lié à aucune lésion cutanée, pas plus d'ailleurs, qu'on en peut déceler d'irritants externes. Le prurit est intermittent, mais très fréquent, localisé mais essentiellement changeant, fort, mais non féroce, court mais non de durée très minime. Sans doute les sujets qui présentent ce type morbide ont, comme les individus banaux, des bouffées légères et fugaces ; mais ce qui caractérise l'affection, c'est qu'il existe en même temps de rythme et de sièges capricieux, des crises assez fortes et assez prolongées.

Le siège est quelconque, avec certaines prédilections chez un sujet donné ; les muqueuses accessibles, en particulier celles du nez, peuvent être atteintes, mais le fait n'est pas habituel. La qualité du prurit est généralement indéfinissable, mais parfois elle est comparable ou plutôt, formée d'un élément indéfinissable, et d'un élément comparable » aux régions riches en vaisseaux, les sensations de chaleur, de cuisson, d'ardeur pruritique sont dominantes ; la pommette et le lobule de l'oreille par exemple. Aux régions abondamment pourvues de gros follicules pilo sebacés, où le prurit est particulièrement fréquent d'ailleurs, les aiguillements, les picotements prédominent : dans les paroxysmes des prurits de la barbe, il semble que chaque poil donne son coup d'aiguille. A la région sourcillière, j'ai perçu très fréquemment la constriction, la reptation pruritique sous-cutanée, comme s'il y avait contraction d'un très fin peaucier en état d'hyperesthésie : (J. Jacquet).

En se grattant « le malade étale excentriquement son prurit. Quand on fait sur soi-même l'examen méthodique d'une région en état de prurit, sans la troubler par le grattage, on trouve autour du foyer pruritique une zone plus ou moins étendue où la sensibilité est modifiée; dans la très grande majorité des cas, il y a hyperesthésie perçue seulement par l'examen direct, hyperesthésie objective. Cet examen est délicat : le seul mode d'exploration convenable est de promener doucement un fort pinceau d'aquarelliste sur la région, et semblablement sur la région symétrique, si elle est normale. Le foyer pruritique, conscient, subjectif, est le centre d'une zone d'hyperesthésie non consciente, objective. Cette hyperesthésie n'a rien de commun avec l'hyperesthésie vulgaire ou douloureuse, mais elle est de qualité pruritique, c'est-à-dire que la sensation éveillée par cette excitation extérieure n'est pas autre chose que du prurit latent. Si l'excitation augmente, ce prurit latent ou potentiel devient actuel ». (Jacquet).

« Si après la détente produite par le grattage, on explore de nouveau et de même façon la sensibilité, on constate l'existence d'une hypoesthésie manifeste et assez durable : hypoesthésie pruritratraumatique. La preuve que l'hypoesthésie est la cause de la détente et non un fait concomittant, c'est qu'elle succède aussi au grattage d'une région apruritique : en ce cas pourtant elle est moins nette et moins durable.

Je l'ai cherchée sur une région pruritique non grattée, après épuisement spontané de la démangeaison; elle est moins appréciable encore. »

Dans la plupart des crises la peau reste normale, mais certaines sont accompagnées de véritables signes physiques. Dans le prurit du pavillon de l'oreille, le lobule, ou tout le pavillon, parfois aussi la pommette devient rouge, luisant, chaud et démange; l'abcès peut s'accompagner d'une sensation de bouffée de chaleur parfois après quelques jours de crises pruritiques, il se termine par une détente assez brusque avec desquamation furfuracée. Le prurit de la paupière, que Jacquet pense déclencher par le détachement de quelques cils, s'accompagne parfois de cuisson conjonctivale, et le malade rejette l'œil à travers la paupière fermée. Le prurit ne s'étend pas seulement de proche en proche, il se dissémine à distance, même sous l'intervention du grattage. Quand celui-ci intervient, on décuple la force d'expansion sensitive... la généralisation n'obéit à aucune loi topographique; elle peut varier d'un sujet à l'autre, et sur le même sujet suivant les cas... La généralisation s'obtient plus facilement le soir que le matin, c'est-à-dire qu'elle se produit surtout en cas de fatigue nerveuse ». Ces phénomènes d'essaimage ont été récemment décrites sous le nom de paraprurits. — J'ai vu plusieurs fois le grattage d'une région calmer des régions prurigineuses éloignées et non grattées. Les crises sont provoquées par une excitation externe ou interne, mais souvent ces excitations sont très minimes, et beaucoup de crises apparaissent spontanées. Elles sont plus fréquentes le soir. La suggestion ne semble jouer aucun rôle pour le provoquer (Jacquet); en tout cas, elle est incapable de les arrêter.

« La maladie est précédée par une période plus ou moins longue de prurit minimum, d'abord inconscient puis perçu mais toléré, et après insupportable ». Cette phrase de Jacquet peut s'appliquer à une crise, ou, si on considère la maladie, au prurit pur idiopathique (prurit sénile), mais non à l'affection ici décrite. Ce début se fait généralement dans la jeunesse, les troubles s'exagèrent plutôt jusqu'au milieu de la vie et restent ensuite, semble-t-il, à peu près stable, à moins qu'ils ne disparaissent sous l'influence d'une cachexie morbide ou sans cause apparente.

Il doit être bien entendu que le prurigo capricieux bénin est un syndrome, et que, en l'état actuel de nos connaissances, on ne peut rattacher à l'urticaire qu'un nombre limité des cas de ce syndrome.

2° *Le prurit capricieux bénin au decours d'une urticaire chronique typique.*

« Au cours de nos recherches thérapeutiques, écrit M. P. Chevallier, nous avons suivi de près un certain nombre de malades; chez plusieurs, évolution favorable s'est faite de la façon suivante : très vite disparition de l'urticaire; mais pendant un certain temps, parfois quelques semaines, ~~on~~ mois, parfois un an, et peut-être toujours, persistent des crises de prurit. Ces crises de prurit sont capricieuses ou remplacent nettement dans leur horaire les poussées urticariennes les plus importantes; elles sont de durée variable, presque toujours très fugaces : de quelques minutes à un quart d'heure; dans la grande majorité des cas elles sont légères : les malades se grattent à peine; mais elles peuvent sus-

citer un grattage assez vif. Nous avons assisté à plusieurs crises : la peau est parfaitement intacte ; il est impossible d'y découvrir la moindre modification. Mieux encore : nous avons demandé à des malades de se gratter furieusement : malgré le prurit et le grattage, il n'est apparu aucun gonflement ; les seuls résultats de l'épreuve a été la rougeur banale, banale d'intensité et de durée, qui succède à tout grattage sur la peau d'un sujet normal. Il est donc indiscutable que certaines crises de prurit localisé à siège variable, d'intensité modérée et de durée généralement courtes, sont des crises d'urticaire sans urticaire. En règles, ces crises se reproduisent une à plusieurs fois par jour pendant un certain nombre de jours, disparaissant complètement ou presque complètement, puis reparaissent.

Si le traitement prescrit ne guérit tout à fait la diathèse urticarienne, le malade se présente alors comme atteint de prurigo à petites crises locales fugaces et capricieuses, c'est-à-dire de la forme clinique la plus typique de ce que nous avons appelé le prurigo capricieux bénin. Dans le prurigo capricieux bénin post-urticarien on retrouve même un caractère du prurigo capricieux bénin essentiel, d'être parfois apparemment déclenché ou localisé par l'idée du prurit. (Toutes réserves étaient faites sur cette possibilité que l'idée du prurit soit elle-même engendrée par l'élaboration humorale locale de la crise).

Observation du Service de M. Paul Chevallier

OBSERVATION 1

Douc... Marie, 55 ans, ménagère, 16 octobre 1935. Soignée de syphilis depuis très longtemps (une ou plusieurs séries d'huile grise depuis 16 ans, dans un autre hôpital). L'urticaire a commencé, sans cause, il y a 6 ans. Ces crises surviennent tous les jours, plus ou moins vives; parfois plusieurs dans le même jour. Les crises du matin sont rares; celles du soir (15 heures) habituelles, se terminent vers 21 heures que la malade se couche ou non. Lorsque nous l'examinons, il n'existe par d'urticaire, mais la patiente a des démangeaisons et se gratte là où elle a eu la veille des plaques. Les plaques surviennent à des régions quelconques du corps. Actuellement elle ne souffre pas de l'estomac. Mais depuis 3 ans elle a eu assez souvent des douleurs non aiguës (pesanteur, barre, etc.) qui surviennent vers 14 heures après-midi (une heure après la fin du repas) et durent 2-3 heures. On lui a dit aussi qu'elle devait avoir des lésions au foie et on lui a donné de la peptone magnésinée. Ni les médicaments, ni un régime sévère n'ont fait diminuer l'urticaire. Constipation opiniâtre. Langue normale sauf quelques traînées minces un peu dépouillées et décapillées de la région dorsale médiane près de la pointe. Nervosisme très grand depuis l'enfance.

Sang : gl. r. — 4,596.000; hg — 80; vgl — 0,89; aspect normal; réticulocytes — 0,5 %. Plaquettes — 268.000; gl. bl. — 7.800; neutres — 65,5; (Arneth — 3, 28, 48, 18, 3). Eosino — 2; Baso — 0,5; lympho — 6,5 (3,5 petits); monocy — 24,5 (13,5 sans grains azur); plasmazellen — 0,5. Suc. d'histamine: HCl +; ac. libre — 1,8; ac. total — 2,5; chl. total — 3,6. Gastroskopie, 29 octobre 1934. Gastrite atrophique diffuse, généralisée. Plis effacés partout, malgré l'hypertonie qui ride l'estomac. Muqueuse non fragile, pâle; la petite courbure est craquelée avec un réseau veineux apparent.

Cà et là sont disséminées assez nombreuses (une ou deux par champ) des érosions fissuraires très fines, vermillon, et de petites érosions ponctiformes à petits bouchons brunâtres. Pylore invisible. La gastroscopie a été faite alors que la malade prenait 3 gr. de fer depuis 8 jours. Le 30 octobre, la malade dit qu'elle a nettement moins d'urticaire depuis qu'elle prend les cachets, alors qu'auparavant elle avait des crises intenses malgré un régime sévère. La piqure faite lors de la gastroscopie lui a déterminé une crise d'urticaire. Le 28 novembre 1934, l'urticaire est complètement disparu, mais elle a encore du prurit sans aucune lésion cutanée. La malade a « des énervements » et des gargouillements dans l'estomac; vers 10 heures du matin, la faim est extraordinaire. Persistance d'un mauvais goût, comme de bile, dans la bouche. Sommeil et état général bien meilleur.

Sang : gl. r. — 4.768.000; hgl — 90; vgl — 0,90; aspect normal; plaquettes — 304.000 normal; gl. bl. — 5.400; neutro — 58 (Arneth — 6, 35, 46, 13, 0), granules normales. Eosino — 2,5; baso — 1; lympho — 9 (5,5 petits); mono — 29,5 (17 sans grains azur).

La malade a pris jusqu'ici 4 gr. de protoxalate de fer par jour. Pour la satisfaire, car elle attribue, sans doute à juste titre, sa faim continuelle et pénible au fer, on le remplace par du carbonate de bismuth et du charbon.

Le 15 décembre, les démangeaisons sont revenues intenses et généralisées du 2 au 10 décembre, actuellement elles sont un peu moins fortes; elles s'accompagnent de plaques rouges après grattage, mais pas d'urticaire nette. Se plaint en outre de douleurs sur la poitrine et ailleurs : il existe de petits grains de cellulite. On redonne 3 grammes de fer pro dié.

Le 29 décembre, l'urticaire n'est pas revenue; un prurit léger subsiste par petites crises. En avril 1935, la malade après avoir pris 200 cachets a cessé le fer, parce qu'elle n'a plus de démangeaisons. On redonne du fer. Le 12 juillet, rares

crises courtes et très légères du prurit. Bouche amère, fatigue, étourdissements, tension — 21 — 10, indice — 4. On supprime le fer, on prescrit un régime (avec viande rôtie sans pain). Le 30 juillet, tension — 16 — 9; état général meilleur. La malade se plaint de douleurs vagues dans le tissu cellulaire et les articulations. L'urticaire n'est pas revenue, mais fréquemment reviennent des crises de prurit *sine lesione* « entre cuir et chair ». On ordonne de reprendre 3 gr. de protoxalate de fer par jour. Le 2 novembre, le malade nous dit que n'ayant plus que des démangeaisons très rares, très courtes et très légères, elle a cessé le fer, qu'elle accuse, peut-être à juste titre, d'augmenter son « arthritisme ». Le fer est cessé depuis un mois et demi. Or peu à peu les crises pruritiques sont redevenues plus fréquentes, plus longues et plus fortes; et depuis 10 jours, l'urticaire vraie est reparue. La malade nous promet une fois de plus de prendre régulièrement du fer. En janvier 1936, l'urticaire a redisparu sous l'influence du fer. En avril 36, la malade a encore de temps en temps de petites bouffées de prurit *sine materia*.

OBSERVATION 2

A., Elisabeth, 24 ans, institutrice, 19 décembre 1935.

a) Depuis l'âge de 2 ans, herpès récidivant de la face, le plus souvent du côté droit, occupant la joue, le nez ou l'oreille. Cet herpès est tantôt typique, tantôt avorté, c'est donc alors constitué surtout par une plaque rouge. Pendant 5-6 ans, et jusqu'à il y a 2 ans, l'herpès est revenu une huitaine de fois avant les règles (celles-ci normales de rythme, de durée et d'abondance). Puis, à la suite d'une cure thermique, disparition pendant 2 ans. Repris depuis plusieurs mois, par poussées moins rythmées et plus fréquentes. Bien que nous croyons en cet herpès à l'oreille, il apparaît évident que la malade confond actuellement souvent, et son herpès ancien et son urticaire nouveau.

b) L'urticaire existe depuis un an, et est devenue presque

quotidienne depuis 3-4 mois. Il survient surtout le jour et à la fin des repas. Il consiste subjectivement en crises de prurit surtout localisées au cou et à la tête et parfois au bras. Objectivement plaques rouges, un peu surélevées qui généralement prennent l'étendue d'une paume de main. Les poussées durent de quelques heures à plus d'un jour.

c) Troubles dans l'hypocondre droit et à l'épigastre, qui, il y a 5 ans, ont fait soigner le malade pour le foie. Depuis cette époque, régime avec beaucoup de légumes verts, suppression de la charcuterie, etc... Par périodes assez espacées, d'environ 3 semaines, douleurs et crampes d'estomac, qui commencent peu après le repas de midi et durent toute la journée, et qui, la nuit, réveillent la malade à une heure du matin. La malade précise, que la fin de cette crise dernière (qui n'est pas une crise ulcéreuse ni vésiculaire, comme l'ont montré les examens) a coïncidé exactement avec la recrudescence cutanée de l'urticaire. La malade ne digère pas le lait (douleurs épigastriques). Examens abdominaux négatifs.

d) A 18 ans, hydarthrose spontanée du genou qui a duré un mois et a laissé pendant un an des douleurs locales. Il y a 3 ans, crise de dépression nerveuse intense. La malade se plaint toujours de douleurs dans la colonne dorso-lomb., sans signes physiques. Tachycardie (émotivité extrême), souffre anorgannique médiocardiaque. Malade très nerveuse et très sportive, elle ne s'essouffle pas.

Sang : 19-12-35, gl. r. — 5.072.000; hg — 95; vgl — 0,33; aspect normal; réticulocytes — 2 %; plaquettes — 284.000; gl. bl. 9.800; neutro — 73,5 (Arneht 12, 45, 35, 4, 0); eosino — 0,5; baso — 0,5; lympho — 11,5 (7 petits); mono — 13,5 (7,5 sans grains azur); coagule en petit tube — 16'; rétraction normale; saignement — 4'; lacet — positif. Le 26-12-35 : Suc gastrique d'histamine : HCl libre — 0; ac. tot. — 0,2; ch. tot. 3,1. Le 6-1-36 : Gastroskopie : estomac petit, tolérant à l'air, entre et pylore ouverts, immobiles. Muqueuse très pâle. Face ant. complètement lisse; face post. présentant des

plis cérébroïdes extrêmement réduits, muqueuse non fragile.

Résumé : *gastrite atrophique*.

Sérum de couleur normale; pigments biliaires normaux; ac. biliaires — 0 gr. 024 0/00; BW négatif; cuti-réaction tuberculinique — positive.

Le 16-1-36. — A pris pendant les 13 derniers jours 4 gr. de protoxalate de fer par jour.

Le résultat le plus apparent, celui sur lequel insiste la malade, est que les digestions sont devenues parfaites et l'appétit formidable (alors qu'avant elle n'avait guère faim). L'herpès survient toujours. Cependant, dit la malade, il n'évolue plus; au lieu de persister 8-10 jours, il disparaît en 6-8 heures. Nous nous demandons si, en raison de la localisation à l'oreille, la malade ne confond pas herpès et urticaire. *Il n'est plus apparu d'urticaire*, mais la malade se démange comme si elle avait encore de l'urticaire. Les crises de prurit *sine materia* (et même sans plaques rouges) surviennent n'importe où, mais surtout au cou et à la tête, et n'importe quand; chaque crise dure 1 à 2 heures; une nouvelle crise revient après quelques heures, ou 1 à 2 jours. Second tubage le 8-2-36 : Acl — 1; ac. tot. — 1,8; chl. tot. — 4.

En 1933, M. le Prof. Gougerot avait publié une observation très remarquable, puisque les modifications locales du prurit furent extériorisées par des plaques achromiques.

OBSERVATION 3

Urticaire invisible. Urticaire guérie, prurit résiduel et dermographisme habituel. Leucomélanodermie révélant une urticaire invisible « microscopique » ou « biologique ».

Anglaise, 38 ans, maigre, neuro-arthritique, cholémique et constipée, sans antécédents nets, a souffert depuis l'enfance d'urticaire gastro-alimentaire (car certains aliments déclen-

chent l'urticaire) et nerveuse (car les chocs émotifs, les pré-occupations redonnent des papules urticariennes). Des traitements patients : régime, cure de Vichy, de petites doses de calomel et de boldine, l'hydrothérapie ont guéri l'urticaire depuis environ 3 ans; mais quand elle se gratte apparaissent des raies papuleuses de dermatographisme classique et elle a encore souvent des heures de prurit pour la même raison qu'elle avait autrefois l'urticaire.

Elle a donc de l'urticaire atypique atténuée. Les bains de soleil allaient confirmer ce diagnostic « d'urticaire invisible », réduit à un prurit simple. En effet, à la suite des bains de soleil, en 1931, 1932, et encore en 1933, elle a eu non pas une pigmentation diffuse, uniforme comme ses amies, du dos et des membres, mais une pigmentation criblée de nombreuses taches blanches de 8 à 15 millimètres de diamètre, irrégulièrement disséminées, à bords brusquement arrêtés, surtout sur le dos et la racine des membres. Elle a fait elle-même son diagnostic : ce sont, dit-elle, des taches d'urticaire invisible, car elles ont les mêmes dimensions que les anciennes urticaires visibles et les mêmes sièges. De fait, certaines qu'elle a repérées, correspondent à des plaques urticariennes fixes d'autrefois et se « décolorent » chaque été depuis 3 ans. (Il faudrait ajouter pour être exacte « et ne se pigmentent pas »). D'autres ne correspondent pas à des plaques connues d'urticaire, et siègent dans des régions prurigineuses sans urticaire, ce sont, dit-elle, des nouvelles urticaires d'emblée invisibles. A l'automne, la pigmentation diminue, puis s'efface vers janvier-février et les taches blanches ne sont plus visibles; mais la plupart, peut-être toutes (elle n'ose être affirmative) reparaissent par contraste en été après les bains de soleil, en restant blanches, autrement dit en ne se pigmentant pas, tandis que le reste de la peau se pigmente.

3° *Le prurigo capricieux bénin primitif peut être une manifestation de la maladie-urticaire.*

Comment démontrer qu'un prurigo capricieux, si intense soit-il, est lié à une maladie-urticaire, alors que jamais le patient n'a présenté trace d'urticaire banale ou d'œdème de Quincke ? A priori, la chose paraît impossible, puisqu'il n'existe aucun stigmate biologique qui soit caractéristique de l'urticaire.

C'est grâce à la gastroscopie que la preuve a pu, dans un cas, être donnée de l'identité de l'urticaire et du prurigo capricieux idiopathique. Chez un malade typique, grand névropathe, étudié par M. Paul Chevallier, M. Fr. Moutier a vu, à l'examen direct de l'estomac, et sans aucune erreur possible, tant l'image était nette, un petit groupe de papules blanches à la partie supérieure de la petite courbure. Ces papules ressemblaient absolument à des papules d'urticaire banale « on aurait dit que la zone de l'estomac qui les présentait, venait d'être frottée avec des orties. »

Prurigo capricieux intense. Urticaire de l'estomac.

OBSERVATION 4

All., Constant, 27 ans, artiste peintre, 19 janvier 1935. Mâchoires, nez, extrémités d'acromégalique atténué. Marié et père d'un enfant bien portant. Depuis un an, démangeaisons sur tout le corps, y compris le nez et les oreilles. Ces démangeaisons sont moins fortes le jour que la nuit, où elles se généralisent et peuvent être atroces, exacerbation du prurit si le malade sue un peu. Le malade décrit ces démangeaisons non comme un prurit banal, mais comme de petites piqûres multiples; il a les sensations d'insectes se promenant dans la peau; on n'a pu découvrir ni parasites, sa femme et son enfant ne se grattent pas, ni cocaïnomanie. Aucune lésion de grattage : le malade se frotte avec la main. Bonnes digestions.

Langue normale. Grande nervosité et inquiétude psychique. Organes normaux. Radiographie de la selle turcique — image normale. Biopsie : structure de la peau absolument normale.

Sang : 19-1-35 : gl. r. — 4.560.000; hg — 85; vgl — 0,93; aspect normal; réticulocytes — 0,5. Plaquettes — 412.000 normales; gl. bl. — 63,5 (Arneth 17, 40, 38, 5, 0); eosino — 1; baso — 0,5; lympho — 13 (9 petits); mono — 22 (0,5 à grains azur). Suc gastrique d'histamine, 19-1-35 : HCl +; ac. libre 0,8; ac. tot. — 1,4; chl. tot. — 2,4; Hypochlorydrie. Gastros-copie : 28-1-35 : hypertonie, antre préfermé, cependant bien exploré. La muqueuse est très colorée, très plissée, très fragile.

Sur la petite courbure, dans sa partie supérieure, on voit un groupe de quatre papules, blanches, oblongues, à bords nets, sans déchiqueture, comme tracées au crayon, qui ressemblent absolument à des papules d'urticaire. Le malade est très attentivement suivi. Hanté par son prurit, il revient sans cesse nous voir. Les crises ont les mêmes causes déterminantes. Elles sont capricieuses. Sur un fond de prurit généralisé, bouffées pruritiques de siège très variables. Le traitement a été rendu difficile par l'obsession du malade qu'il a des parasites sur la peau. Il a été traité de gale une dizaine de fois; il est à noter que les plus grandes irritations n'ont pas eczématisé la peau. Jusqu'à présent (Août 1935), tous les traitements ont échoué (fer, rate, extraits génitaux, etc., y compris les remèdes homéopathiques.

CONCLUSIONS

1° La maladie-urticaire ne se manifeste pas seulement par le symptôme urticaire, c'est-à-dire par une fluxion ortiée du derme ou de l'hypoderme.

2° Certains érythèmes fugaces peuvent être la seule traduction clinique d'une maladie-urticaire.

3° A titre d'hypothèse de travail, on peut même se demander, si certains syndromes spéciaux comme la maculose brillante prurigineuse du thorax et l'érythème centrifuge multiannulaire ne sont pas des manifestations spéciales d'une diathèse urticarienne.

4° Les formes pruritiques pures, sans œdèmes ni érythème — de la maladie-urticaire ne paraissent pas exceptionnelles.

Elles se présentent en clinique comme des prurigos capricieux bénins.

Elles peuvent succéder à des poussées urticariennes typiques.

Lorsque le malade atteint de prurigo « sine materia » n'a jamais eu d'urticaire cutanée, l'origine urticarienne de ce prurigo peut être démontrée si l'on découvre une plaque d'urticaire viscérale, par exemple une éruption ortiée de l'estomac.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Outre les articles des traités et les monographies sur l'urticaire (Joltrain, Pasteur Vallery-Radot) :

Paul Chevallier. — L'urticaire-maladie sans urticaire-symptôme. *Annales de dermatologie*, 1936, N° 2, p. 113-132.

Paul Chevallier, François Moutier, M. Colin, A. Devaux, R. Moline et Ely. — Eruption prurigineuse du thorax à macules disséminées brillantes. Achlorydrie et gastrite atrophique. Anémie légère. Traitement ferrugineux. *Soc. de dermatologie*. 13 Déc. 1934.

Gougerot. — Les formes atypiques des dermatoses. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*. — 10 Février 1928, p. 81.

Gougerot. — Dermatoses invisibles dépigmentantes. Leucomélanodermies post-lésionnelles après des dermatoses invisibles (microscopiques, etc.). *Société de Dermatologie*. 8 Nov. 1933, N° 7, p. 1392.

Gougerot. — Contribution à l'étude des dermatoses invisibles. *Société de Dermatologie*, 14 Déc. 1933, N° 8, p. 619 et
Monographie de la Médecine, Avril 1934.